



Bacheloroppgave

ADM650 Jus og administrasjon

I hvilken grad bidrar Samhandlingsreformen til å sikre pasienter en helhetlig og god kommunal helse- og omsorgstjeneste?

Forfatter: Jørgen Langerud

Totalt antall sider inkludert forsiden: 30

Molde, 19. mai 2014

Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Turid Aarseth

Antall ord: 7733

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjennelse.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

☐ ja

☐ nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

☐ ja

☐ nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

☐ ja

☐ nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

☐ ja

☐ nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 19. mai 2014

Forord

Etter snart 3 år ved studiet juss og administrasjon ved Høgskolen i Molde, følte jeg at det var flere tema som kunne være aktuelle innen bacheloroppgaven. Det har vært interessante og lærerike fag og ikke minst forelesninger som har gitt meg flere refleksjoner over svært aktuelle problemstillinger i samfunnet vårt.

Samhandlingsreformen ble valgt som tema, - interessant og lærerikt å undersøke både teori og praksisfeltet hva angår denne reformen.

Respondentene, som jeg ikke kjente fra tidligere, var alle meget hyggelige og kunnskapsrike personer, de ga meg nyttig innsikt i hvordan det er å arbeide med denne reformen tett på hverdagen. Jeg takker dem for deres åpenhet og ærlige svar. Med deres hjelp fikk oppgaven et menneskelig innhold, de fikk meg til å forstå positive og negative sider ved reformen.

En stor takk rettes også til min utmerkede veileder Turid Aarseth ved HiMolde. Med hennes gode og konstruktive veiledning gjennom hele prosessen, følte jeg å bli ivaretatt hele veien.

Jørgen Langerud

Molde, 19. mai 2014

Sammendrag

Tema for min bacheloroppgave er Samhandlingsreformen, som ble til gjennom Stortingsmelding nr 47 (2008 – 2009), og som gradvis ble innført fra og med 1. januar 2012. I løpet av en 4-års periode skal den bli en integrert del av helsetjenesten i Norge. Det er spesielt kommunene som skal styrkes via denne reformen. Sentrale elementer i reformen er: Bedre koordinering av tjenester, bedre kommunikasjon og samhandling mellom ulike ledd er essensielt. Det fokuseres også mer på forebygging foran behandling, flytte tjenestene til der folk bor og kortere liggetid på sykehus.

Riset bak speilet er dagsbøter til kommunen for tiden kr 4000,- , hvis ikke den makter å ta imot en utskrivningsklar pasient fra sykehuset.

Oppgaven søker å belyse hvorvidt pasienter blir sikret en helhetlig og god kommunal helsetjeneste ved hjelp av Samhandlingsreformen. Jeg har med utgangspunkt i trekk ved reformen og gjeldende rett, sett hvordan situasjonen er i en utvalgt kommune. Sentrale funn er stor lojalitet og innsatsvilje for at denne oppgaven skal de klare - pasientene blir satt i fokus. Men det uttrykkes også bekymringer som relateres til ikke god nok kommunikasjon med sykehuset, korridorpasienter, dårlig legedekning, for liten fokus på forebygging, og for stort fokus på økonomi.

Innhold

	Forord	
	Sammendrag	
1.0	Innledning, problemstilling med konkretisering	1
2.0	Teoridel	3
	2.1 Lovpålagte tjenester og rettigheter	3
	2.2 Om Samhandlingsreformen og hvorfor den ble innført	4
	2.3 NOU 2005:3	5
	2.4 Stortingsmelding nr 47 (2008 – 2009)	6
	2.5 Instrumentelt-, kulturelt – og myteperspektiv	7
3.0	Metode	8
	3.1 Etiske problemstillinger	11
4.0	Analyse	12
	4.1 De viktigste endringene	12
	4.2 Kommunikasjon / samhandling /samarbeid	14
	4.3 Helhetlig hjelp / økt kompetanse	15
	4.4 Tabell	18
5.0	I hvilken grad bidrar Samhandlingsreformen til å sikre pasienter en helhetlig og god kommunal helse – og omsorgstjeneste	19
	Litteraturliste	22
	Vedlegg - intervjuguide	24

1.0: Innledning, problemstilling med konkretisering

Den 1.januar 2012 ble Samhandlingsreformen iverksatt. I løpet av en fireårsperiode skal den bygges opp til et nivå hvor samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene skal være mer eller mindre selvgående. Jeg ønsker å se nærmere på hvordan kommunenes forvaltning og implementering av denne nye reformen så langt har gått, drøyt to år etter oppstart. Det at pasienten skal sikres en helhetlig og trygg helsetjeneste i sitt lokalmiljø, kan være utfordrende for mange kommuner. Årsakene til dette kan være dårlig økonomi, samt flere oppgaver som skal utføres, og ikke minst ulike forventninger fra innbyggerne. Her står prioriteringsutfordringene i kø.

Dette danner utgangspunkt for min bacheloroppgave: Jeg stiller spørsmål ved om pasientene blir sikret på en betryggende måte med tanke på kommunens lovpålagte tjenester etter at Samhandlingsreformen ble implementert:

I hvilken grad bidrar Samhandlingsreformen til å sikre pasienter en helhetlig og god kommunal helse- og omsorgstjeneste?

Dette er en vid og omfattende problemstilling som må konkretiseres nærmere.

En reform, uansett hvor den iverksettes, kan gi de som skal utføre den, - det operative leddet, mange utfordringer. Denne gangen er det kommune- Norge som blir mest berørt, men også spesialisthelsetjenesten påvirkes av denne reformen. Denne oppgaven avgrenses til kommunenivået.

Jeg er opptatt av om helsepersonell etter drøyt to år har «godtatt» reformen, og hva som er status når det gjelder å implementere den etter kommunens ressurser, økonomi og vilje til gjennomføring. Dette med tanke på pasientens rett til helhetlig behandling slik det er hjemlet i lovverket.

Det er pasienten som er den svake part her, og det kan være snakk om alvorlige sykdommer og lidelser som skal behandles i kommunene. Mange sykehjem blir, for mange som arbeider innen helsetjenesten i kommunene, betraktet som minisykehus. Allerede i 2008 ble det i fagbladet «Sykepleien» skrevet en artikkel om at «det blir en utfordring når

pasientene har kortere liggetid og skrives raskere ut fra sykehuset. Pasientene har mange sammensatte sykdommer , og sykehjemmet fungerer som minisykehus» (Sykepleien.no). I samme artikkel hevdes det at sykepleiere ved sykehjem mangler kunnskap om akuttsituasjoner.

I følge en avisartikkel i avisa Glåmdalen , uttalte i mars – 2014 Fylkeslegen følgende:

Vi undres av og til på om oppfølgingen er god nok: Får pasientene det tilbudet de har krav på etter å ha blitt skrevet ut fra sykehuset? Tilbudet varierer nok kraftig fra kommune til kommune, og vi kommer til å følge opp denne problemstillingen tett i tida som kommer. Likeledes følger vi med på samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Det er viktig med best mulig kommunikasjon mellom fagnivåene for at overgangen for brukerne skal bli så myk som mulig.

(Pettersen 2014)

Fylkeslegen uttaler også i samme artikkel at han «varsler økt fokus på tiltak som kan bedre folkehelsen. Det gjelder å se helheten.» Han uttrykker også i samme artikkel at forebygging er viktig.

I en kronikk i avisen Adressa april 2014 har det kommet skarp kritikk av vår helsetjeneste. Forfatterne hevder at slankeprosessen innen helse har nådd en absolutt grense, at til tross for gode ambisjoner, så har færre sykehussenger og kortere liggetid på sykehus, blant annet ført til at pasienter skrives ut før de er friske nok, og antall re-innleggelser øker. De hevder at Samhandlingsreformens grunntanke er god nok, men at det ikke fungerer etter intensjonene. De sier at pasientene blir en form for kasteballer rundt omkring i systemet, at budsjett og økonomi er styrende elementer, samt at helsepersonell opplever en moralsk og faglig press på å få kabalen til å gå opp. Varselsignaler og behov for kursendring blir ikke hørt av våre politikere, hevder forfatterne.
(Gisvold, Røe og Aakre 2014)

I denne oppgaven vil jeg fokusere på kommunens erfaringer m.h.t. hvorvidt en lykkes med å gi de som trenger det en helhetlig og god helse- og omsorgstjeneste, slik Samhandlingsreformen legger opp til. Min studie avgrenses til å omfatte erfaringene til de som jobber i praksisfeltet i den aktuelle kommunen. Dette er gjort fordi jeg antar det er på dette nivået reformen får sitt innhold.

2.0: Teoridel

2.1: Lovpålagte rettigheter og tjenester

Hver enkelt av oss har ansvar for å ta vare på vår egen helse. Det å inneha god helse psykisk og fysisk kan gi oss god livsutfoldelse og livskvalitet, sammenlignet med sykdom som kan innskrenke våre tanker og ideer om hva et godt liv innebærer av valgmuligheter.

I velferdsstaten Norge har det offentlige, staten og kommunene, et ansvar for helsetjenesten til landets borgere. Flere lover regulerer disse tjenestene. Jeg vil nedenfor presentere de viktigste lovene som er innbefattet i min oppgave. Disse lovene har kommunen plikt til å følge. Ordførere, rådmenn, enhetsledere, saksbehandlere, spesialister, leger, sykepleiere og annet helsepersonell har et stort ansvar for å sikre at lovpålagte tjenester blir etterfulgt.

Den ene loven er «Lov om kommunale helse-og omsorgstjenester» av 2011. Denne loven er det kommunene som har ansvar for å håndheve. Loven omfatter ansvaret for blant annet kommunale sykehjem og hjemmetjenesten. I loven står det bl.a beskrevet at kommunen skal ved opplysning, råd og veiledning fremme innbyggernes helse og forebygge sykdom (§ 3-3).

§3-4 inneholder kommunens plikt til samhandling og samarbeid, herunder til spesialisthelsetjenesten. §3-5 tar for seg kommunenes ansvar for øyeblikkelig hjelp. Det nye her er at kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp utenfor sykehus til de pasienter som har behov for dette.

§4-1 inneholder krav om forsvarlighet. Kommunen skal tilrettelegge tjenesten på den måte at *«den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse-og omsorgstjenestetilbud»*. §6-1 tar for seg kommunenes plikt til å inngå samarbeidsavtaler med bl.a regionale helseforetak. §8-1 har fokus på kommunenes plikt til praktisk opplæring av helsepersonell, herunder videre- og etterutdanning.

En annen lov som kommunen må forholde seg til er «Lov om folkehelsearbeid» (folkehelseloven) av 2011. Her blir det bl.a beskrevet i §7 at kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer.

Pasient – og brukerrettighetsloven av 1999 fikk en endring i 2013 hvor det blant annet spesifiseres pasientens rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.

I «Forskrift om fastlegeordningen i kommunene» av 2012, spesifiseres det kommunale ansvaret for at alle innbyggere, dette gjelder også sykehjem, skal sikres en nødvendig allmennlegetjeneste av god kvalitet til rett tid.

I analysedelen kan vi senere lese at for den kommunen jeg har undersøkt, kan være en utfordring å følge disse lovene og forskriftene til punkt og prikke.

Alle som føler seg urettferdig behandlet av kommunehelsetjenesten har rett til å klage til Fylkesmannen.

Ved en telefon til Fylkesmannen i fylke X 2/5-14, spurte jeg om det har kommet inn flere klager fra pasienter i kommunene etter 1 januar 2012. Svaret jeg fikk var ikke til å misforstå: Fylket var forberedt på flere klagesaker etter 1 januar 2012, men de kom ikke. «Virkeligheten har ikke blitt verre, snarere tvert imot», sier seksjonssjefen v/ sosial – og helseavdelingen hos Fylkesmannen.

2.2: Om Samhandlingsreformen og hvorfor den har blitt innført

Norge regnes som en velferdsstat, og i dette ligger blant annet at helsetjenesten med alt det innebærer skal være tilgjengelig for alle som har behov, samt skal holde god kvalitet.

I dag opplever vi på den ene siden en rivende faglig utvikling samtidig som økonomiske og demografiske rammefaktorer setter begrensninger for hvilket ambisjonsnivå vi skal ha. Videre er det en erkjennelse knyttet til at spesialiseringen ikke bare er av det gode. Hvem skal sørge for at de ulike tjenestene knyttes sammen slik at de kommer pasienten til gode? Det er dette spørsmålet som danner bakteppe for den reformen som danner grunnlag for problemstillingen i denne bacheloroppgaven, nemlig Samhandlingsreformen.

«Med reformer menes aktive og bevisste forsøk fra politiske og administrative aktører på å endre strukturelle eller kulturelle trekk ved organisasjonen» (Christensen et al 2013, 149).

Denne reformen har blitt gradvis innført i kommunene siden 1 januar 2012. Reformen skal innføres gradvis i løpet av 4 år (Helse-og omsorgsdepartementet 2012). Kommunene har mye å stri med fra før, økonomien blir sett på med forstørrelsesglass og mikroskop i mange av Norges 429 kommuner.

Planer og arbeid med å knytte sterkere bånd mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten har pågått i mange år (Kjønstad og Syse 2008). Det kan derfor hevdes at Samhandlingsreformen ikke er et nytt fenomen, men at den på en mer tydelig måte krever at det skal tenkes helhetlig på tvers av tjenester og styringsnivå. Samhandlingsreformen sies å være en av Norges største reformer innen helsesektoren, og jeg skal i fortsettelsen gå nærmere inn på bakgrunnen for denne reformen.

2.3: NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt – En sammenhengende helsetjeneste

Bakgrunnen for Samhandlingsreformen kan finnes i flere utredninger, men her er særlig NOU 2005:3 sentral.

«Med ”samhandling i helsetjenesten” mener utvalget aktivt samarbeid og handlinger mellom alle som direkte eller indirekte er involvert i pasientbehandlingen».
(Helse – og omsorgsdepartementet 2005)

Rapporten «Fra stykkevis til helt - en sammenhengende helsetjeneste» beskriver til dels dårlig organisering av Norges helse – og omsorgstjenester, og viser mangler ved samhandlingen. Bedre samlet ressursbruk for å sikre et bedre helhetlig tjenestetilbud var kjerneområder.

Forut for den nye rapporten NOU 2005:03 hadde det i Norge blitt iverksatt den nye fastlegereformen, samt etablering av de nye helseforetakene. Store omlegginger som krevde og fortsatt representerer mange utfordringer.

2.4 Stortingsmelding nr 47 (2008 – 2009) – Samhandlingsreformen

Daværende helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hansen skriver i forordet til Stortingsmelding nr 47 – Samhandlingsreformen, at etter å ha reist land og strand rundt omkring i Norge, ble det klart for ham at en ny helsereform måtte iverksettes. Han sammenligner oss med andre OECD-land, hvor vi ikke kommer godt ut med tanke på hvor mye offentlige helsekroner vi bruker per person, sammenlignet med hva vi får igjen av god helse. Han mener at penger brukes feil i vår helsetjeneste, og at vi må våge å tenke nytt. Han ønsker spesielt å satse på å styrke kommunene.

Essensen i Samhandlingsreformen kan settes opp i følgende punkter:

- Få ulike ledd til å jobbe bedre sammen.
- Skal flytte tjenester nærmere der folk bor.
- Vil overføre flere oppgaver til kommunene og penger til å utføre dem.
- Vil gjøre det bedre for pasientene og gi dem sterkere brukervedvirkning.

(Helse – og omsorgsdepartementet 2009)

Kommunene har fått en sentral rolle for å kunne oppfylle kravene til den nye reformen. Det siktes mot en ny framtidig kommunerolle. Her skal kommunene både bidra med mer forebyggende arbeid for å hindre / minske sykdom (forebygging framfor reparasjon), de skal behandle og følge opp et helhetlig pasientforløp på en trygg og effektiv måte, behovet for koordinerte tjenester skal styrkes. Det er også satt i system at bruk av langsiktige tiltak med tanke på framtidens aldersøkning blant befolkningen bør rettes sterkere fokus på, her med tanke på sykdom som oppstår og behandlingen av denne.

At pasienten skal være i fokus samt hensynet til økonomi, er to av hovedperspektivene i Samhandlingsreformen. Intensjonen er en redusering av sykehusinnleggelser, samt at pasienten i større grad skal behandles i sin hjemkommune. Det pålegges blant annet alle landets kommuner å etablere døgnoppholdstilbud for øyeblikkelig hjelp innen 2016. Dette nye tilbudet skal ikke forveksles med sykehusenes akuttberedskap. Parallelt med dette skal

sykehus og kommuner snakke sammen, ha en dialog, samarbeide til pasientens beste. Det har de gjort tidligere også, men nå er de pliktig til å gjøre det i mer standardiserte former (Helse- og omsorgsdepartementet 2009).

2.5: Instrumentelt, kulturelt og myteperspektiv (institusjonelt)

Kommunenes iverksetting av reformen kan forstås i lys av ulike organisasjonsteoretiske perspektiver.

Først vil jeg forklare hva et instrumentelt perspektiv omhandler og videre se på hva et institusjonelt perspektiv er. Det institusjonelle perspektivet har to dimensjoner som er et kulturelt perspektiv og et myteperspektiv som jeg vil si noe om.

Det instrumentelle perspektivet vektlegger de formelle normene i en organisasjon. Det er altså strukturen som er av betydning her. Christensen et al. (2013) hevder at organisasjoner kan oppfattes som instrumenter eller redskaper som er rettet mot å kunne oppnå visse mål som er å anse som viktige. Målene er tydelig formulert, samt at det er viktig å ta i bruk de virkemidler som er aktuelle for best mulig resultat. Dette er noe som kan komme fram ved at organisasjonsmedlemmene handler ut i fra en formålsrasjonell tanke rundt utføring av oppgaver, og at resultatene av deres handlinger blir som organisasjonen ønsker.

De strukturelle trekkene i en organisasjon kan omfatte byråkratiske organisasjonsformer som kan være rutiner, arbeidsdeling og hierarki. Ved å sette fokus på det instrumentelle perspektivet, har strukturen i organisasjonen en sentral rolle.

Det kulturelle perspektivet vil legge mer vekt på de sosiale normene eller de uformelle normene i en organisasjon. Christensen et al. (2013) mener at kulturperspektivet legger fokus på de verdier og normer som har vokst fram over lang tid internt i en organisasjon. Uformelle normer og verdier som kan ha satt seg fast i en organisasjon over lang tid, kan være med på å påvirke positivt som negativt. Det kan hevdes at man ser på organisasjoner som robuste, trege og som formes over tid. Christensen et al. (2013) hevder videre at en organisasjonskultur vil samvirke med en formell struktur for så å influere handlinger og holdninger i en offentlig organisasjon. I offentlige organisasjoner kan det være ulike

subkulturer som ofte kan være komplekse. Det hevdes at i det kulturelle perspektivet over tid vil det kulturelle mangfoldet gjøre organisasjonene mer og mer ulike hverandre. Når en benytter seg av et kulturelt perspektiv så er det normene og verdiene i organisasjonen som har en sentral betydning.

Til slutt er det myteperspektivet som går mer på rasjonaliserte myter eller modeller som gir et bilde av hvordan den ideelle organiseringen i en organisasjon skal eller bør være.

Christensen et al. (2013) mener at myteperspektivet legger mer vekt på verdier i omgivelsene og at omgivelsene er mer omskiftelige. Med myteperspektivet vil en ha fokus på forbilder eller oppskrifter på hvordan en best kan organisere sin organisasjon.

De to sistnevnte perspektivene kalles også ved en fellesbetegnelse for det institusjonelle perspektiv.

Dersom en ser på Samhandlingsreformens iveksetting med utgangspunkt i disse tre perspektivene, vil en få belyst ulike sider: Det instrumentelle vektlegger måloppnåelse, det kulturelle ser på grunnleggende verdier og myteperspektivet danner grunnlag for å stille spørsmål om kommunene tilpasser seg institusjonelle standarder. Dette kommer jeg tilbake til mot slutten av oppgaven.

3.0: Metode

Min problemstilling dreier seg om i *hvilken grad bidrar Samhandlingsreformen til å sikre pasienter en helhetlig og god kommunal helse- og omsorgstjeneste?* Jeg er interessert i å belyse Samhandlingsreformen ut i fra dagens situasjon i en bestemt kommune. Ifølge Jacobsen (2005) er det to ulike forskningsopplegg som kan være aktuelle, enten en kvantitativ eller kvalitativ tilnærming. Den kvantitative metoden egner seg best når en vil undersøke mange respondenter. Empirien en får inn via en kvantitativ metode er tall. Spørreskjema er det vanligste en benytter seg av, dette kan gjøres elektronisk eller ved vanlig post, eller man kan benytte seg av telefonintervju. Det at en benytter seg av spørreskjema gjør at en har mulighet til å kunne undersøke mange respondenter. Den kvantitative metoden egner seg dårlig når det kommer til få fram de individuelle variasjonene som kan være blant respondentene (Jacobsen 2005).

Gjennom den kvalitative metoden får vi empiri i form av ord, og gjør at en får fram ulike nyanser av hvilke opplevelser eller fortolkninger en person gjør av et fenomen (Jacobsen 2005). «En kvalitativ metode egner seg best når vi er interessert i å avklare nærmere hva som ligger i et begrep eller fenomen» (Jacobsen 2005,131). Det er vanligvis få enheter og en vil da fort få problemer med å generalisere. Den kvalitative metoden er åpen og egner seg godt når en er interessert i å gå i dybden. Informasjonen en får inn er relativt vanskelig å tolke på grunn av sin nyanserikdom (Jacobsen 2005).

I min undersøkelse har jeg valgt å benytte meg av en kvalitativ tilnærming, der data samles inn ved hjelp av intervjuer. Dette er en åpen metode der jeg som forsker vil legge så få føringer som mulig på den informasjonen jeg skal samle inn (Jacobsen 2005). Jeg vil gå i dybden med utgangspunkt i få respondenter. Siden Samhandlingsreformen skal tilpasses lokale forhold, vil jeg hevde at det vil være en styrke at studien går i dybden, heller enn å standardisere målinger i bredden.

Undersøkelsen min er blitt foretatt i en kommune som er relativt liten med under 10000 innbyggere. Jeg har intervjuet 3 ansatte på sykehjem i denne kommunen. Årsaken til at jeg mener at intervju med ansatte på sykehjem kan gi innsikt i kommunens iverksetting av Samhandlingsreformen, er at disse er nær pasientene. Her er det praksisfeltet som er avgjørende: Hvordan vurderer de som arbeider der tilbudet kommunen gir i lys av Samhandlingsreformens ambisjoner.

Jacobsen (2005, 28) skriver: «Det som er viktig for en organisasjons effektivitet, er ikke hvordan strukturen er, men hvilke felles verdier og normer (fortolkninger) de ansatte i organisasjonen har.»

Normer og verdier er ikke alltid så enkelt å måle, men jeg håper på et visst inntrykk etter intervjuene.

Mine tre respondenter arbeider innenfor samme kommune innen helsetjenesten, og alle har snaue 2,5 års erfaring med Samhandlingsreformen. Samtidig har de alle 3 referanse til hvordan det var å arbeide i samme kommune før reformen. Dette mener jeg er viktig å belyse, fordi erfaringsbasert kunnskap kan være en kilde til refleksjon. Refleksjon kan igjen være kilde til endring – hvis behov.

Mitt mål var å intervju ansatte som har direkte (respondent B og C), eller indirekte (respondent A) kontakt med pasienten og deres pårørende. På denne måten ønsket jeg å få mer konkrete og praksisnære svar, enn ved f.eks å intervju rådmann og kommunalsjef. De to sistnevnte har stort ansvar hva angår denne reformen, men de kjenner den kanskje ikke så godt på kroppen som de som står «på gulvet» og møter reformen «face to face» hver dag.

Samtidig er det viktig å høre hva respondentene ytrer seg om sine egne fortolkninger av reformen. Det er tross alt det operative leddet som er bærebjelken for denne reformen.

Jeg har laget en intervjuguide med relativt sterk struktureringsgrad. Dette for at jeg og mine respondenter skal kunne ha en viss kontroll på temaer vi skal igjennom. For meg som ikke driver med undersøkelser til vanlig er en strukturert intervjuguide et godt hjelpemiddel for å sikre at problemstillingen blir belyst.

Det er også andre viktige valg en må ta, og et av valgene er i hvilken kontekst intervjuet skal foretas i. Skal intervjuet skje et sted der det er naturlig for intervjuobjektet eller kunstig? Hvor intervjuet foregår kan påvirke innholdet i intervjuet og dette kalles for konteksteffekten (Jacobsen 2005). Jeg valgte å intervju mine respondenter på deres arbeidsplass i et eget møterom som vi kunne sitte i fred fra jobben og fokusere på intervjuene. Dette er et møterom som de kjenner godt til, som de ofte bruker. Jeg mener at dette gikk veldig fint, og vi ble heldigvis ikke avbrutt under intervjuet av verken telefonoppringninger eller at noen måtte ha tak i dem.

Jeg sendte en mail til mine respondenter på forhånd hvor jeg informerte dem om at jeg ønsket å benytte meg av båndopptaker. Jeg forsto utifra svarene jeg fikk at de var litt usikre på dette med lydopptak. Jeg skrev en ny mail til dem hvor jeg forklarte nærmere hvordan dette skulle foregå.

Jeg spurte på forhånd om jeg etter intervjuene kunne sitte på møterommet eller et annet kontor for å lytte til båndopptakeren og skrive av det de hadde sagt. Hensikten med det var at jeg etterpå skulle slette opptakene under deres påsyn mens de fortsatt var på jobb. Dette var alle 3 positive til.

Intervjutiden var på ca 45 min til 1 time pr. intervju.

3.1: Etiske problemstillinger

Det er mange hensyn en må ivareta når en er forsker. Det er noen kriterier som må være til stede for at undersøkelsen skal være etisk forsvarlig. Det er mennesker en skal undersøke og intervju og da er det i forskningsetikken viktig å ta hensyn til at respondenten har krav på privatliv, at en skal bli korrekt gjengitt og informert samtykke (Jacobsen 2005).

Når en går inn på betydningen av informert samtykke ser en at Jacobsen setter opp fire punkter for krav som bør være med. Det første er at den som blir undersøkt er i stand til å bestemme selv om hun eller han frivillig vil delta i undersøkelsen. For det andre skal det heller ikke være noen form for press for å være med i undersøkelsen. For det tredje skal det være full informasjon av undersøkelsen, slik at en ser hvilke ulemper, hensikter og hvordan dataene skal benyttes, og at den som blir undersøkt skal ha forstått hva informasjonen de har fått innebærer (Jacobsen 2005).

Jeg ringte mine respondenter og sendte epost med en klargjøring av hva min undersøkelse bestod i og hva hensikten var. Det var viktig at mine respondenter hadde fått den informasjonen de trengte før intervjuene, og at de hadde forstått hva denne bestod i. Jeg gjorde det klart for mine respondenter at denne undersøkelsen var frivillig.

Et annet viktig krav er anonymisering. Dette er meget viktig da min undersøkelse har få respondenter som gjør det lett og kunne identifisere hvem deltakerne i undersøkelsen er. Derfor vil jeg etterstrebe at mine respondenter forblir anonyme ved at jeg ikke identifiserer selve kommunen.

Etter intervjuet slettet jeg all lydopptak sammen med respondentene mine, slik at de selv var helt sikre på at alt ble slettet.

«Generelt bør vi etterstrebe diskresjon. Dette gjøres i praksis ved å garantere deltakere i undersøkelse full anonymitet eller konfidensialitet» (Jacobsen 2005,49). Ett brudd på det som omhandler anonymitet kan anses som relativt dramatisk tillitsbrudd mellom undersøker og respondent (Jacobsen 2005). Derfor er det viktig at en påser at anonymiteten til respondenten ivaretas.

I tillegg til at bokstavene A, B og C blir benyttet for å anonymisere mine respondenter, så blir bokstaven X benyttet når det blir henvist til fylke, samt ikke navn på Fylkesmann og seksjonsleder.

Respondentene har dessuten krav om å bli korrekt gjengitt. Dette er vanskelig, men det er noe en undersøker må strebe etter skal bli så korrekt som mulig. «All analyse av data vil være en reduksjon av detaljer og mangfold. Derfor er fullstendig gjengivelse et ideal, men noe vi aldri kan oppnå til fulle, men noe vi bør strebe etter» (Jacobsen 2005, 50).

Min studie er svært begrenset, både ved at den bare ser på en kommune og innenfor denne, tre respondenter. Den kan likevel illustrere hvordan møtet mellom Samhandlingsreformens ambisjoner, gjeldende rett og den kommunale hverdagen arter seg, sett fra disse respondentenes utsiktspost. Slik kan den bidra til økt innsikt i hvilke utfordringer og muligheter reformen skaper på det lokale plan.

4.0: Analyse

For å kunne belyse problemstillingen, vil jeg trekke ut 3 tema fra intervjuguiden:

1. Respondentenes meninger om de viktigste endringene som har skjedd etter innføringen av Samhandlingsreformen.
2. Respondentenes synspunkter angående samhandling / samarbeid og kommunikasjon med spesialisthelsetjenesten og andre kommuner.
3. Respondentenes synspunkter om de mener pasienten har fått en mer helhetlig og samordnet hjelp etter at Samhandlingsreformen trådte i kraft, herunder kommer også fokus på kompetanse.

4.1: De viktigste endringene

De tre sykepleierne som ble forespurt om å være mine respondenter, var alle meget engasjert. Det var tydelig at dette er et tema som både interesserer og bekymrer dem.

Respondent A: Hun er enhetsleder for hele sykehjemmet, og opplever at presset er stort hva angår rask utskriving fra sykehuset, samt utfordringer omkring økonomi og effektivitet:

Jeg merker at det er for rask utskriving av pasientene fra sykehuset, dette er utfordrende, men vi har klart å takle det hittil. Men jeg ser at utskrivingen skjer for tidlig. Pasientene kunne med fordel ha ligget 2-3 dager til på sykehuset. Jeg mener at det er blitt for mye fokus på økonomi, man skal være effektiv og best mulig, noe som ikke alltid er av det beste. Vi har bare betalt bøter på tilsammen kroner 8000,- i hele år .

Mange av pasientene som kommer er veldig dårlige, de blir for lenge på vår korttidsavdeling, dette betyr at de opptar plasser, vi kaller dem «blokkere», det betyr overbelegg på korttidsavdelingen.

Respondentene B og C som arbeider direkte i korttidsavdelingen, B som ordinær sykepleier i turnus, samt C som teamleder på denne avdelingen, har tanker om at de gjør så godt de kan, med de ressursene de har, men at forsvarligheten settes på prøve enkelte ganger:

Respondent B:

Det blir dessverre korridor plasser, to må dele rom, det kan bli mer uro på natten og ellers, flere konflikter.

Når det blir så fullt enkelte ganger, har vi også brannforskriftene å ta hensyn til. Det står bl. a i disse forskriftene at det ikke skal være senger i korridoren for eksempel.

Respondent C:

Vi gjør så godt vi kan, men det er for lite langtidsplasser på sykehjemmet. Vi får også demente pasienter som helt klart behøver skjerming. Når de ikke får skjerming fører dette til uro. Vi får også yngre pasienter med sammensatte diagnoser, samt ganske nyopererte pasienter.

Mine respondenters svar på om hva de opplevde som de største endringene etter reformen, etterlater ingen stor tvil; de mener alle at arbeidshverdagen er blitt mer komplisert og krevende. Temaer som krav til økt effektivitet, økonomiske utfordringer, lover som brytes (brannvern) og urolige pasienter, dukker opp.

Men det viser seg at dagsboten fra sykehuset på kr. 4000,- har blitt unngått i det lengste. Men det uttrykkes en bekymring om hva dette har gått på bekostning av.

4.2: Kommunikasjon / samhandling / samarbeid

Det er saksbehandlerne ved kommunens tildelingskontor som oftest får den første meldingen fra sykehuset. Men det er ikke sjelden at også enhetsleder samt sykepleiere på avdelingen må kontakte sykehuset.

Respondent A:

Samhandling og kommunikasjon mellom oss og sykehuset angående utskrivning av pasienter er det viktigste med tanke på god og nøyaktig behandling av pasienten. Det er helt nødvendig med god og nøyaktig kommunikasjon både skriftlig og muntlig for å kunne yte best mulig sykepleie. Jeg er ikke helt fornøyd med dagens situasjon.

Vårt samarbeid innad i kommunen er blitt bedre, vi tenker mer helhetlig og tverrfaglig.

Det ble tidlig skrevet samarbeidsavtaler mellom vår kommune og spesialisthelsetjenesten

Var godt samarbeid med sykehuset før reformen også.

Respondent B:

Vi har blitt flinkere til å tenke helhetlig. Vi håper og tror at pasienten trives bedre i sitt nærmiljø, at trygghetsfølelsen deres ivaretas. Vi merker resultater av at vår ernæringsfysiolog har undervist oss om ernæring, forebygging er viktig. Dette gjør at på sikt vil kommunen spare penger.

Vi ser også at veldig dårlige pasienter får en verdigere død enn å måtte ligge på en anonym sykehusavdeling, her har de ofte kjente og kjære, nær familie og venner i umiddelbar nærhet.

Respondent C:

Vi ser fram til at vi kan kommunisere elektronisk med sykehuset, det vil nok lette arbeidet vårt, samt sikre bedre flyt i meldinger fram og tilbake. Nå er det utfordrende å få tak i rette person, ser det som dårlig kvalitetsikring at informasjon skal måtte gå gjennom flere ledd.

Respondent B svarer i tillegg:

Det er synd at interkommunal Frisklivssentral ikke fungerer optimalt. Nylig valgte vår kommune å trekke seg ut av dette samarbeidet. Jeg tror ikke de som styrer økonomien i kommunen forstår viktigheten av forebygging, det er helt klart penger å spare på dette på sikt, jeg tenker spesielt på våre livsstilssykdommer: Diabetes type 2, fedme og overvekt og hva dette kan føre til av komplikasjoner i det lange løp.

I forbindelse med at 6 nabokommuner har etablert et døgnopphold for øyeblikkelig hjelp i samsvar med Samhandlingsreformen, svarer alle 3 respondenter at dette tilbudet flittig blir brukt. At de setter stor pris på den. Dette døgntilbudet ble allerede opprettet for ca 1,5 år siden. Det er ikke noe samarbeid interkommunalt i forbindelse med denne nyopprettede avdelingen, kun på det administrative plan (finansiering). Pasienten kan være der max. 72 timer, og kommunen har kun 1 sengeplass der. Plassene blir fordelt utfra kommunens størrelse.

Respondent B, som er en forholdsvis ung sykepleier, ser klart nytten av det å ha tilgang til ernæringsfysiolog, hun tenker forebygging. Hun er også kritisk til at kommunen trekker seg ut av Frisklivssentralen. Det å styrke forebygging er en del av Samhandlingsreformens intensjoner og mål.

Svarene viser her noe blandede erfaringer. På den ene siden vises det til noe mangelfull kommunikasjon med sykehuset, men på den andre siden oppleves bedre kommunikasjon internt i kommunen.

4.3: Helhetlig hjelp / økt kompetanse

I forbindelse med de siste års satsing på økt kommunal helseinnsats som en følge av Samhandlingsreformen, har den relativt lille kommunen fått tilført ressurser. De uttaler at de er stolte over den kompetansen de tross alt besitter, men at det allikevel kan være utfordrende å yte fullstendig helhetlig hjelp. Med helhetlig hjelp presiseres at både den fysiske, psykiske og sosiale delen av en pasient blir ivaretatt.

Respondent A:

Kompetansen her er bra, den er bygget opp sakte, men sikkert. Vi har flest sykepleiere, men vi er også stolte over å ha ernæringsfysiolog, 2 kreftsykepleiere, samt flere som driver på med videreutdanning i rehabilitering – både hjelpepleiere og sykepleiere.

Noen ganger har vi dessverre også korridorpasienter, de er for syke til å sendes hjem, samtidig klarer ikke hjemmesykepleien å ta ansvaret for dem. Dette er en stor utfordring for oss.

Helhetlig hjelp kan være en utfordring spesielt i helgene. Av og til må vi ha ekstra bemanning. Kommunen skjærer inn til beinet. Kommunens plan nå er å kutte 15 stillinger innen helse. Håper det ikke rammer vår korttidsavdeling.

Til tross for økte ressurser kan det altså virke som om det kan skorte en del på kompetansen, spesielt i helgene. Det blir dessuten nevnt at sykehuset har hatt en tendens til å ville skrive ut pasienter før helga, noe som igjen betyr utfordringer for kommunen. Det å måtte gå i turnus i helgene er ikke helt populært, det å bli spurt om å arbeide oftere helger enn ordinær turnus er ikke en klok måte å hindre flukt fra helsevesenet fra. Kommunen bør ta vare på sine ansatte, ikke drive rovdrift på dem.

Dette er en kommune som benytter seg av mange vikarer fra utlandet. Det er spesielt mange svenske innleide vikarer på jobb på sykehjemmet spesielt i helgene, noe som kan medføre lite kontinuitet.

Respondent A, enhetsleder, gir også på dette punktet uttrykk for bekymring for kommunens økonomiske tilstand.

Respondent B:

Krever mere kompetanse av de som jobber her, spesielt for sykepleierne, siden pasientene er dårligere enn det de var før, flere sykepleieprosedyrer, pasienten skal følges opp tettere, økt kunnskap om flere sykdommer. Mer kompleksitet.

Vi har vært fleksible og kreative med å få brikkene på plass til enhver tid. Vi strekker oss langt. Men Fylkeslegen følger med, føler jeg. Korridorpasient, to på enmannsrom kan gå for en kort periode, men bør ikke være standard. Akkurat idag har vi for eksempel 4 overbelegg.

Respondent C:

Veldig få ufaglærte her, vi har fått en styrket avdeling med tanke på sykepleiedekning. Men vi merker at vår korttidsavdeling behøver mer legetilsyn. Vi ligger i nedre sjikt med tanke på legedekning. Derfor er vi kjent for å bruke legevakta en god del. Dette er ikke så bra, for det er gjerne ukjente leger. Vi håper på mer tilsynslegeressurser.

Kommer det en pasient, så finner vi en plass. Alternativet er å betale dagsbøter til sykehuset, noe vår kommune helst ikke ønsker å gjøre. Dette medfører større press på oss.

Med kortere liggetid på sykehuset, er pasientene dårligere når de blir sendt til kommunen.

Dette betyr igjen at legedekningen må styrkes kommunalt. Det viser seg at denne kommunen sliter her, det å måtte benytte legevakta så mye som de gjør, er ikke optimalt.

Pasienten blir ikke fulgt opp av sykehjemmets tilsynslege på en tilfredsstillende måte.

Fra og med januar 2014 ble dessuten kommunens legevaktordning omorganisert til at 3 kommuner nå deler felles legevaktsentral mot 2 fra tidligere, noe som betyr flere leger å forholde seg til.

Det har dessuten kommet forslag fra kommunens rådmann om å skjære ned en legestilling ved kommunens legekantor, noe som opptar respondentene og innbyggerne i kommunen mye.

Samlet sett viser svarene at selv om det er en høy grad av motivasjon til å få gode og helhetlige tjenester på plass, så er situasjonen noe sårbar. Hvorvidt pasientene faktisk får et godt tilbud, kan derfor være avhengig av om behovet oppstår i helgene eller på hverdagen.

4.4: Tabell

Tabellen under gir et konsentrat av de tre respondentenes svar:

Respondent	De viktigste endringene	Kommunikasjon /samhandling /samarbeid	Helhetlig hjelp / økt kompetanse
A	For rask utskriving fra sykehuset. For mye fokus på økonomi. For mye fokus på effektivitet. Flere dårlige pasienter.	Det var godt samarbeid med sykehuset før reformen også. Bedre samarbeid innad i kommunen. Vi tenker mer helhetlig og tverrfaglig.	Bra kompetanse innad i kommunen. Men stor utfordring i helgene. Hjemmesykepleien for mye å gjøre, vi får ikke utskrevet våre pas. fra korttidsavdeling.
B	Flere korridorpasienter. Mer uro på natten på avdelingen. Flere konflikter mellom pasientene. Obs. brannforskriftene.	Merker resultat av at de har fått ernæringsfysiolog. Mer fokus på forebygging, men ikke godt nok. Frisklivs-sentralen ønskes tilbake. Dårlige pasienter kan får en verdigere død. Større trygghetsfølelse for pasienten.	Merker at det behøves mer kompetanse. Mer kompleksitet. Vi strekker oss langt.
C	Mye uro på avdelingen. Flere pasienter med sammensatte lidelser. For lite langtidsplasser.	Ser fram til å kunne kommunisere elektronisk med sykehuset. For mange meldinger fram og tilbake. Dårlig kvalitetsikring.	Få ufaglærte. Legedekning / legetilsyn må bli bedre. Dagsbøter unngås

5.0: I hvilken grad bidrar Samhandlingsreformen til å sikre pasienter en helhetlig og god kommunal helse- og omsorgstjeneste?

Utifra min undersøkelse i denne kommunen, kan det virke som om pasientrettighetene blir rimelig godt ivaretatt. Det synes som om pasientene generelt får en helhetlig og god kommunal helse- og omsorgstjeneste. Fylkesmannen kan bekrefte dette ved å vise til tall hvor det ikke har kommet inn flere klager etter 1 januar 2012, enn før reformen trådte i kraft, snarere tvert imot. Fylket var forberedt på flere klagesaker, men deres statistikk viser foreløpig etter 2,5 år med den nye reformen ingen økning av klager. Men samtidig uttaler Fylkeslegen at han følger nøye med på om pasientene får det tilbudet de har krav på etter utskriving fra sykehus, samt setter et spørsmålstegn ved om enkelte kommuner kan ha god nok kommunikasjon med spesialisthelsetjenesten.

Initiativ, lojalitet og innsatsvilje kan sies å være stikkord for mine 3 respondenters holdninger og refleksjoner rundt den nye reformen. De setter pasienten i fokus og kommunen makter å tenke tverrfaglig med tanke på gode og helhetlige tjenester. De kommuniserer mer og bedre med hverandre innad i kommunen, for å nå en felles målsetning om å gjøre det beste for å sikre pasientens rettigheter. De ansatte strekker seg langt og er offensive på kommunens vegne, men samtidig ser de at kapasiteten og kompetansen til å håndtere mer krevende pasienter er sårbar.

Respondentene ser positivt på gode tilbud om videre- og etterutdanning. Sett i lys av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester kan det se ut som om kommunen har satset på og kommet langt på dette feltet, utifra respondentenes uttalelser.

Men sett i lys av den samme loven så kan det virke som om det likevel er en del skjær i sjøen: Elektronisk meldingstjeneste med sykehuset har enda ikke kommet igang. Dette er ikke i tråd med god kvalitetsikring. Kommunikasjon og meldinger kan måtte gå igjennom flere ledd, feil kan lett oppstå. Kommunen arbeider med saken, og de ansatte ser fram til at dette kommer på plass.

Samarbeidsavtaler mellom sykehuset og kommunen ble tidlig laget og undertegnet, og interkommunal øyeblikkelig hjelp døgnoppholdavdeling er etablert og i full drift. Dette er

bra og etter Samhandlingsreformens intensjon. Dagsbøter på kr. 4000,- er omtrent ikke blitt gitt kommunen. Men det kan være at medaljen har en bakside: Nemlig full korttidsavdeling, pasienter på korridor, urolig avdeling, fare for store avvik ved eventuell brann / evakuering, stor belastning spesielt i helgene. Dette kan være med på å svekke helhetlig og god tjeneste, på grunn av flere dårlige pasienter enn berammet, samt uoversiktlig og travelt for de ansatte.

Etter forskriften om fastlegeordningen kan det virke som om kommunen har en vei å gå. Jeg har for lite referanser her, men sett opp mot det noen av respondentene uttaler, så kan dette være en sak som Fylkesmannen kanskje bør se nærmere på. Det at korttidsavdelingen stadig vekk må bruke legevakten er ikke bra. Det er vel og bra at økt kompetanse til annet helsepersonell er et satsningsområde, og at mye av det andre er på plass, men at sykepleierne sliter med faglig forsvarlighet innen det medisinske feltet, høres ikke betryggende ut. Særlig illevarslende er det også når de uttaler at kommunen har planer om å ta vekk enda en legestilling. Dette er med på å svekke helhetlig og god tjeneste.

Etter Folkehelseloven skal kommunen sette i verk tiltak for å møte folkehelseutfordringer, kommunen skal tenke forebygging mer enn tidligere. Kommunen har ansatt ernæringsfysiolog, denne bidrar med kunnskap om riktig ernæring sett opp imot rehabilitering og bedre helse, - dette er bra og til pasientens beste. Men en av respondentene stiller spørsmålstegn ved om det er langsiktig tenking å melde kommunen ut av Frisklivssentralen. Denne sentralen driver forebygging: De hjelper sykemeldte til livsstilsendring, slik at de raskere kan komme ut i jobb igjen, samt assisterer andre som rett og slett ønsker råd og veiledning for å komme seg videre.

Hvis man ser på respondentenes svar med tanke på teori omkring perspektiver om organisasjoner, så har jeg for liten innsikt i hele organisasjonen kommunen representerer, men kan allikevel trekke ut følgende konklusjoner:

Når det gjelder kulturperspektivet, som legger vekt på uformelle og sosiale normer, er mitt hovedinntrykk av mine 3 respondenter, at høy moral og lojalitet til vedtatte lover og reformer er absolutt tilstedeværende. Ulike grupperinger, subkulturer og annet, kan være både demoraliserende og føre til dårlige arbeidsforhold. Det er viktig at denne siden av en

organisasjon er oppegående og at tilløp til uro og konflikter blir tatt på alvor, dette igjen for å sikre at pasienten har helsepersonell rundt seg som er både fornøyde og jobber sammen mot et felles mål. Grunnleggende verdier knyttet til det å ta ansvar – strekke seg langt – står sterkt i kommunen. Det synes å være godt samhold innad.

Når en ser på respondentenes svar i lys av det instrumentelle perspektivet, så virker det som om de ansatte i kommunen er lojale og at de jobber effektivt for å få iverksatt Samhandlingsreformen. Men selv om de slutter seg lojalt til målsettingene, synes de at det går litt for fort fram. De økonomiske sidene ved reformen blir også problematisert av respondentene, ved at det settes spørsmål ved om det legges for stor vekt på det økonomiske aspektet.

Det siste perspektivet, myteperspektivet, er vanskelig å vurdere i forhold til mitt datamateriale. Her kunne man ha studert mer på for eksempel det helhetlige pasientforløpet belyst fra en institusjonell standard, om det eventuelt blir skapt forbilder – om organisasjonen blir speilet av omgivelsene (sterke profesjoner, konsulentfirma og andre aktører).

Samlet sett vil jeg konkludere med at både det instrumentelle og det kulturelle perspektivet bidrar til å belyse hvordan de ansatte i kommunen har tilpasset seg krav og forventninger som ligger i Samhandlingsreformen.

Litteraturliste

Christensen, Tom, Per Læg Reid, Paul G. Roness og Kjell Arne Røvik. 2013.
Organisasjonsteori for offentlig sektor, 2 utg. Oslo: Universitetsforlaget

Folkehelseloven og helse- og omsorgstjenesteloven med departementets merknader. 2011.
Oslo: Medlex Norsk Helseinformasjon

Helse- og omsorgsdepartementet. 2009. *Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. St.melding nr. 47, 2008 -2009. Oslo: Departementet

Helse- og omsorgsdepartementet. 2005. *Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste*. NOU 2005:03. Oslo: Departementet

Jacobsen, Dag Ingvar. 2005. *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskaplig metode*. Kristiansand S.: Høyskoleforlaget.

Kjønstad, Asbjørn og Aslak Syse. 2008. *Velferdsrett*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Nettsider som er brukt:

Forskrift om fastlegeordning i kommunene. FOR- 2012-08-29-842

[http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842?
q=forskrift+om+fastlegeordningen+i+kommunene](http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842?q=forskrift+om+fastlegeordningen+i+kommunene) (Lest 14/2-14)

Helse- og omsorgsdepartementet. 2012. *Samhandlingsreformen*
[http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/samhandlingsreformen.html?
regj_oss=1&id=680424](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/samhandlingsreformen.html?regj_oss=1&id=680424) (Lest 8/2-14)

Helse- og omsorgsdepartementet. 2012. *Øyeblikkelig hjelp i kommunene*
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/samhandlingsreformen/om-samhandlingsreformen/oyeblikkelig-hjelp-i-kommunene.html?id=650124> (Lest 1/3-14)

Lov om endringer i pasient – og brukerrettighetsloven mv. LOV- 2013-06-21-79
<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2013-06-21-79?q=pasient+og+brukerrettighetsloven>
(Lest 11/2-14)

Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). LOV- 2011-06-24-29
<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29?q=lov+om+folkehelsearbeid> (Lest 10/2-14)

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. LOV-2011-06-24-30
<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=lov+om+kommunale+helse-+og>
(Lest 10/2-14)

<http://www.adressa.no/meninger/article9481423.ece> Gisvold, Svein. Løe, Oluf og Marie Aakre. 2014. «Verdens beste?» Kronikk i Adressa 22.april 2014 (Lest 14/5-14)

<http://www.sykepleien.no/nyhet/116190/-sykepleiere-pa-sykehjem-mangler-akuttkunn...>
Artikkel skrevet 19. november 2008 (Lest 23/3-14)

Avisartikler som er brukt:

Pettersen, Per Håkon. 2014. «Fylkeslegen er bekymret – undersøker om oppfølging er god nok.» *Glåmdalen*, 20. mars, s. 10-11 (Lest 20/3-14)

INTERVJU 27/2 – 14

Kort om egen bakgrunn (skole, oppgave, problemstilling). Avklare evt. spørsmål før intervjuet starter.

Kort om din egen stilling i kommunen/erfaring.

Samhandlingsreformen i din kommune

1. Hva er de viktigste endringene som har skjedd som følge av reformen?
2. Er det spesielle utfordringer knyttet til reformen?
 - Kompetanse
 - Stillinger
 - Økonomi

Samhandlingsreformen og samarbeidet med spesialisthelsetjenesten/sykehus

1. Hva er de viktigste endringene i samarbeidet med sykehusene?
2. Hvordan fungerer forhold knyttet til utskrivningsklare pasienter? Har dere betalt mye i dagsbøter?

Samhandlingsreformen og samarbeid med andre kommuner

1. Har reformen ført til mer samarbeid med andre kommuner? I tilfelle om hva og hvordan?
2. Er det planer om mer interkommunalt samarbeid?

Samlet vurdering

1. Vil du – utfra en helhetlig vurdering – si at Samhandlingsreformen har ført til at pasientene har fått mer helhetlig og samordnet hjelp?
2. Er det noen utilsiktede (og uheldige) effekter av reformen?
3. Er det spørsmål du savner i intervjuet?

